LA CONTRACEPTION ORALE

La contraception hormonale nécessite :

- un examen soigneux, destiné à dépister les contre-indications, les prédispositions, et à choisir le type de produit le mieux adapté.
- une surveillance régulière

1-MODE D'ACTION

A-La contraception estroprogestative

- L'association d'un progestatif et d'un estrogène de synthèse une action inhibitrice sur les gonadotrophines hypophysaires FSH et LH, responsable de la maturation folliculaire et de l'ovulation (action antigonatrope)
- **L'action contraceptive est obtenue en inhibant l'ovulation.**

B- La contraception progestative pure

1-Les progestatifs à forte dose :

L'administration discontinue d'un norstéroïde possède :

- une action hypophysaire anti gonadotrope,
- une action périphérique sur la glaire et l'endomètre

2-les progestatifs à faible dose :

Administrés de façon continue, ou micropilules, ont une action contraceptive périphérique :

- altération de la glaire cervicale, qui ne permet plus la pénétration ou la survie des spermatozoïdes
- atrophie de l'endomètre, qui devient inapte à la nidation
- altération de la mobilité tubaire et utérine

2- CONTRACEPTIFS UTILISES

A-Pilules du lendemain :

- Estrogènes seuls, à fortes doses, comme contraception post-coïtale, post-ovulatoire .On utilise l'éthinylestradiol (5mg /j) pendant 5jours.
- Estroprogestatifs : stédiril 2cp toutes les 12heures pendant 48heurs.

B-Estroprogestatifs :

a-Méthode combinée ou associée.

1-Estroprogestatifs normodosés :

- Indice de Pearl : 0à1%A.F.
- L'estrogène utilisé est le plus souvent l'éthinylestradiol à la dose de 50mcg.

- Le progestatif peut être :
  - ✓ La noréthistérone :
  - ✓ Le norgestrel
  - ✓ La norgestriénone
  - ✓ L'acétate de cyprotérone

2-Estroprogestatifs faiblement dosés, ou minipilule.

- Indice de Pearl : 1%A.F.
- Le type combiné monophasique associe 30mcg d'éthinylestradiol
- Le type combiné biphasique, la dose d'éthinylestradiol est variable : 30mcg en début de cycle, puis 40mcg en fin de cycle
- La dose respective des composants fait parler d'un climat mixte - progestatif dominant ou estrogène dominant.

3-Les Estroprogestatifs :

Le progestatif est un dérivé prégnane : désogestrel,

Norgéstimate, gestodène.

b-Estroprogestatifs séquentiels :

- On administre d'abord un estrogène seul, puis une association Estroprogestative.
- L'efficacité est moindre : Pearl/3%A.F.

c-Estroprogestatifs

-comme la pilule du lendemain.

C-Progestatifs purs :

1-progestatifs microdosés : micropilules.

- Ils sont donnés en continu, tous les jours.
- Pearl : 0.5à2.5%A.F.

2-Progestatifs macrodosés en discontinu.

- Ils sont donnés en discontinu, du 5éme au 25éme jour du cycle
- Dérivés du noyau estrane (norstéroïdes)
- Dérivés du noyau prégnane

3-Progestatifs injectables :

- On utilise de l'acétate de médroxyprogestèrone 150mg en injection IM tous les 2 à 3 mois
- Cette dose provoque une atrophie de l'endomètre.

4-Chez l'homme

- La prise continue d'un progestatif par voie orale entraine l'arrêt de la spermatogénèse dans les 2à3 mois suivant l'administration.
- On utilise le médroxyprogestèrone 2cp /jour, associé à l'administration percutanée de pommade à la testostérone (risque de gynécomastie).

3-INDICATIONS

A-But anticonceptionnel : régulation des naissances :

- Les femmes de 20à35ans, non obèses
- cycles réguliers ovulatoires, sans syndrome prémenstruel
- sans antécédents familiaux ou personnels de diabète, maladie coronarienne, cancer du sein ou prurit gravidique
- sans cardiopathie, ni varices
- avec tension artérielle et lipidogrammes normaux

On choisira de préférence une pilule estroprogestative minidosée.

B-Indications thérapeutiques des Estroprogestatifs normo dosés :

- dystrophies sclérokystiques ovariennes
- syndrome de Stein-Leventhal
- dysménorrhée et algoménorrhée
- -hirsutisme idiopathique

C-Indications des progestatifs

1-Les progestatifs à forte dose, en administration discontinue :

- Femme de plus de 40 ans, (effet préventif sur les conséquences de l'hyperestrogènie relative)
- Fibromyome, ménorragies, mastopathie bénigne

- Chez les femmes de tous âges à hauts risques de cancer du sein

2-La forme injectable :

- Chez les femmes souffrant de psychopathie grave
- En cas d'impossibilité de prendre régulièrement une contraception orale
- en cas d'endométriose

3-Micropilules :

- Indiquées dans un but contraceptif en cas de contre-indication aux estrogènes
- diabète, obésité
- cardiopathie, antécédents thromboemboliques
- hyperlipidémie, hypertriglycéridémie
- insuffisance rénale, hypertension artérielle

D-Indications de la « pilule du lendemain »

- viol
- rapport sexuel unique sans protection

4-CONTRE-INDICATIONS

A-La grossesse est une contre-indication de la contraception orale

B-Contre-indications des estroprogestatifs :

1-Contre-indications formelles

- Gynécologiques :

- ✓ cancer hormonodépendant
- ✓ fibromes

- Métaboliques :
  - ✓ antécédents d'accidents thromboemboliques, déficit en anti-thrombine II
  - ✓ cardiopathie
  - ✓ facteurs de risques : hypertension artérielle, diabète, dyslipidémie, tabagisme après 35 ans.
- hépatiques :
  - ✓ hépatite virale non guérie
  - ✓ insuffisance hépatique, cirrhose
  - ✓ lithiase biliaire
- comitialité

2-contre-indications relatives

- varices
- mastopathie, dystrophies mammaires contre-indiquent les pilules faiblement dosées, car l'état dysovulatoire peut persister
- tabagisme avant 35 ans
- terrain migraineux, antécédents de névrite optique

3-Interactions médicamenteuses

- Ceux qui ont une activité d'induction enzymatique hépatique réduisent l'activité des Estroprogestatifs d'où concentration sérique insuffisante

- barbituriques, anticonvulsivants et des antibiotiques (rifampicine)

C- Contre indications des progestatifs fortement dosés :

- insuffisance hépatique
- antécédents thromboemboliques
- hyperlipidémie

5 – RISQUES

A-Risques liés aux progestatifs :

1-La tolérance métabolique et cardiovasculaire

- lipides :
  - ✓ Effet hypotriglycéridémiant, baisse des VLDL
  - ✓ Augmentation des LDL et à la baisse des HDL(rôle protecteur vasculaire)
- glucides :
- ✓ à fortes doses, tendance à l'induction d'une relative insulino-résistance
- coagulation :
- ✓ pas d'effet
- les accidents thromboemboliques sous progestatifs seuls sont très rares

2-effet **androgéniques** des norstéroides :

- effet anabolisant : prise de poids
- manifestations androgéniques : acné, hirsutisme, séborrhée

3-risques gynécologiques :

- risque mammaire
- troubles des règles (atrophie endomètriale)

4-risque de grossesse 'Pearl1à3%)

Le risque de grossesse extra-utérine multiplié par 2à5 (micropilules)

B-Risques liés aux estroprogestatifs

a-Modifications métaboliques

- lipides :
  - ✓ augmentation des VLDL riches en triglycérides
  - ✓ augmentation des LDL riches en cholestérol
  - ✓ baisse des HDL, protecteurs vasculaires
- glucides :
  - ✓ effet diabétogène, avec altération du test de tolérance au glucose
  - ✓ risque existe même avec les minidosées
- anabolisant :
  - ✓ prise de poids

b-Risques cardiovasculaires :

- troubles de la coagulation :
  - ✓ hyperagrégabilité plaquettaire
  - ✓ augmentation des facteurs II, VII, VIII et X
  - ✓ diminution de l'antithrombine III
- risque d'hypertension artérielle
- risque d'accident thromboembolique
  - ✓ important s'il existe des facteurs de risques : tabac, obésité, hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète
  - ✓ il peut s'agir de phlébite des membres inférieurs, d'embolie artérielle, d'ischémie par thrombose, d'infarctus du myocarde

c-Risques tumoraux

1-Cancer du sein :

2-cancer de l'endomètre (pilules séquentiels à long terme par hyperplasie)

3-fibromyomes utérins (risque proportionnel à la dose d'estrogènes)

4-tumeurs hépatiques

5-hypophyse(les estrogènes peuvent induire la croissance d'un adénome)

6- MODE DE PRESCRIPTION

A-Un bilan préalable est indispensable :

1-examen clinique

a-Interrogatoire :

- antécédents familiaux : HTA, diabète, cancer du sein, phlébite
- antécédents personnels :
  - ✓ médicaux : HTA, ictère cholestatique, phlébite, diabète
  - ✓ chirurgicaux : cholécystectomie
  - ✓ obstétricaux : prurit ou ictère récidivant de la grossesse, complications obstétricales évoquant une hypoplasie utérine
  - ✓ gynécologiques : ménarche, caractères du cycle menstruel
- notion de tabagisme
- précision concernant la sexualité

b-l'examen général

- poids, la tension artérielle
- recherche de sucre et albumine dans les urines
- recherche des varices

c-l'examen gynécologique est complet :

- seins

- spéculum : examen du col, frottis systématique
- TV : recherche de douleurs, d'une masse utérine ou annexielle

2-bilan biologique :

- glycémie à jeun et postprandiale
- cholestérolémie, triglycéridémie
- dosage d'antithrombine III, si notion familiale de thrombophlébite

B-L'ordonnance doit être claire :

- Prise du contraceptif mini ou microdosé dés le premier jour du cycle
- prise chaque soir, d'autant plus régulièrement que la pilule est faiblement dosée
- en cas d'oubli :
  - ✓ avec une pilule normodosée, prendre le comprimé le lendemain matin
  - ✓ avec une pilule progestative, se méfier d'un retard de quelques heures qui diminue l'efficacité
- A la fin de la plaquette :
  - ✓ avec une pilule estroprogestative : arrêt de 7

Jours, reprise du début de la plaquette suivante le même jour

- ✓ avec une pilule microdosé: prise continue sans interruption

C-Surveillance doit être régulière :

- première consultation de contrôle au bout de trois mois, puis consultation régulières tous les 6 mois.
- A chaque consultation, on précisera la tolérance de la pilule, on pratiquera un examen clinique identique à l'examen initial, frottis cervico-vaginaux et bilan biologique seront réguliers.